



Örn Bjarnason

LÍKNARDAUÐI

Í því, sem hér fer á eftir, mun ég leitast við að lýsa hugtakinu líknardauði, eins og það veit að læknum í starfi, innan þess ramma sem markast af siðareglum.

CODEX ETHICUS

Í lögum Læknafélags Íslands (1) sem samþykkt voru 1978 segir, að félagið hafi sérstakar siðareglur, Codex Ethicus, sem samdar eru með hliðsjón af siðareglum Alþjóðafélags lækna. Siðareglur þessar (International Code of Medical Ethics (2)) voru samþykktar í Lundúnum árið 1949.

Árið áður hafði Alþjóðafélag lækna (World Medical Association) samþykkt læknaheit það, sem kennt er við Genf, en þar segir m.a.:

»Ég mun viðhalda æðstu virðingu fyrir mannlegu lífi allt frá upphafi þess, jafnvel þó mér sé ógnað og ég mun ekki nota læknisfræðipækkingu mína andstætt lögumálum manngæzku og mannúðar« (3).

Slíkar siðareglur eru að stofni til æði gamlar og byggjast að nokkru á heiti því, sem kennt er við Hippokrates, sem talinn er fæddur árið 460 f. Kr.

Núgildandi siðareglur voru samþykktar á aðalfundi Læknafélags Íslands 1978.

Siðareglur lækna eru jafnan, þegar þurfa þykir, endurskoðaðar með tilliti til breyttra þjóðfélagsaðstæðna og framfara í læknavísindum.

Siðareglur verða í mörgum atriðum að vera almenns eðlis og verður hver læknir að túlka þau atriði í samræmi við eigin lífsviðhorf, enda er fram tekið í Codex Ethicus: »Það er meginregla, að lækni sé frjálst að hlýða samvizku sinni og sannfæringu« (4). Í Alþjóðasiðareglum lækna segir síðan: »Lækni ber ávallt að hafa í huga þá skyldu að viðhalda mannlegu lífi« (2).

Væri síðasta setningin túlkuð ósveigjanlega, gæti hún merkt, að læknum sé skilyrðislaust skylt að viðhalda öllu lífi, svo lengi sem kostur er.

Slíkar reglur verður þó ávallt að skoða með hliðsjón af siðfræði og þeirri löggjöf sem í gildi er. Ekki verður heldur hjá því komizt, að hagfræðileg vandamál skjóti upp kollinum, þó mannlíf verði aldrei metin til fjár og allir skuli jafn rétt háir, enda segir í Genfarheitinu: »Ég mun ekki láta umhugsun um trú, þjóðerni, kynþátt, flokkssjónarmið eða þjóðfélagsstöðu hindra mig í skyldum mínum við sjúklinga mína« (3).

Trúlega búum við héraendis við jafnbetri heilbrigðisþjónustu en víðast annars staðar og ríflegum fjármunum er veitt til hennar, en hollt er að hafa í huga í umræðu um líknardauða, að kostnaður fer hraðvaxandi og fjármunirnir eru takmarkaðir.

LÍKNARDAUÐI

Orðið er komið úr grísku og það er myndað úr stofnunum eu=vel og thanatos=dauði.

EUTHANATOS merkir því góður, mildur eða ljúfur dauðdagi og tók í upphafi til þess hluta læknislistarinnar, sem fjallaði um meðferð dauðvona fólks: Á hvern hátt mætti hjálpa hinum deyjandi til þess að hljóta hægan sársaukalausán, en þó eðlilegan dauðdaga.

EUTHANASIA hefir síðan fengið nýja merkingu innan læknisfræðinnar: Að deyða með læknisfræðilegum aðferðum af samúðarástæðum.

EUTHANASIA nær þá yfir tilteknar ákvarðanir (5), sem læknir tekur,

- a) ef sjúklingur er haldinn ólæknandi sjúkdómi eða svo skaddaður að ekki verði úr bætt, hann líði óbærilegar kvalir eða

- sé meðvitundarlaus og líffæri lítt eða ekki starfhæf.
- b) ef sjúklingur vill deyja eða ekkert bendir til þess að hann vilji ekki deyja.
 - c) ef sjúklingur deyr af afleiðingum ákvörðunar læknis (eða af völdum sjúkdóms og afleiðingum ákvörðunar).
 - d) ef læknirinn tekur ákvörðun sína af meðaumkun.
 - e) ef læknirinn veit að sjúklingur muni deyja af afleiðingum ákvörðunar (eða sjúkdómi að viðbættum afleiðingum ákvörðunar).
 - f) ef það er ætlun læknis að deyða sjúkling eða hann getur séð fyrir að sjúklingur geti dáðið vegna ákvörðunarinnar, þó ekki sé það ætlun hans að slíkt gerist.

Ákvörðun læknis getur verið að hafast eitthvað tiltekið að eða að láta eitthvað ógert.

FLOKKUN LÍKNARDAUÐA

Í samræmi við ofangreint má skipta líknardauða í *fimm mismunandi stig* (6):

- A. *Euthanasia í fornum skilningi* (ljúfur, hægur dauðdagi), eins og fyrr er lýst.
- B. *Sjúklingur deyr vegna hliðar- eða aukaverkana nauðsynlegrar meðferðar*-hægt er að sjá fyrir að slíkt geti gerst, en afleiðing er ekki óhjákvæmileg. Er hér um þau tilvik að ræða, þegar ekki er hægt að komast hjá meðferð, sem er hættuleg og getur leitt til dauða. Sem dæmi má nefna aukaverkanir lyfja, er þau brjóta niður varnir líkamans gegn öðrum sjúkdómum en þeim er beint gegn eða ef gefa þarf svo mikið magn deyfilyfja, að sjúklingur sljógist og nærast verr en ella og almenn mótstaða hans minnki og þannig er flýtt fyrir dauða. Svarar þetta til síðari hluta f-liðar í fyrri upptalningu. Ætlun læknisins er ekki að deyða sjúkling, en hann veit að takist illa til, geti meðferð valdið eða orðið samverkandi að dauða. Þetta fyrirbæri er í kaþólskri siðfræði nefnt »double effect«: tvívirkniahrif.
- C. *Óbeint líknardráp (passive/indirect euthanasia)*:
 1. Meðferð er hætt og sjúklingur deyr af völdum sjúkdómsins.
 2. Meðferð er ekki hafin. Það eru óskráðar reglur lækna, að sérhver sjúklingur eigi rétt á þeirri meðferð, sem

ástand hans krefst og er í samræmi við læknavísindi og fengna reynslu.

- C1. Sé byrjað á meðferð, sem er í samræmi við þessa staðhæfingu og síðan hætt við hana, byggist sú ákvörðun á því, að þrátt fyrir meðferðina eigi sjúklingur ekki afturkvæmt til lífs.
- C2. Sé látið hjá líða að hefja meðferð, er ástand sjúklings þannig, að augljóst er, að hvers konar aðgerðir (þar með taldar lífgunartilraunir), eru vonlausar, sjúklingur er svo langt leiddur eða skaddaður, að hann er í rauninni látinn, þó hann hafi sum ytri einkenni lífs.
- D. *Flýtt fyrir dauða*: Gefnir eru endurteknir lyfjaskammtar, sem hver um sig leiðir ekki til dauða, en þó þannig að efnið safnast fyrir í líkamanum og leiðir til meðvitundarleysis og síðan dauða fyrr en ella hefði orðið.
- E. *Líknardráp af yfirlögðu ráði: Virkt líknardráp (active/direct euthanasia)*: Læknirinn tekur þá ákvörðun að deyða sjúkling og gerir það t.d. með því að gefa sjálfur eða gefa fyrirmæli um að gefa inndælingu, sem óhjákvæmilega leiðir til dauða.

FORDÆMING Á VIRKU

LÍKNARDRÁPI

Í hugleiðingu um líknardauða segir Snorri Páll Snorrason um rökin gegn virku líknardrápi, að það að beita virkum aðgerðum til að stytta líf sjúklunga stríði gegn grundvallarákvæði siðareglna lækna að varðveita mannlíf. Það stríði einnig gegn almennum siðgæðissjónarmiðum. Það myndi fljótt leiða viðkomandi aðila í ógöngur ef sett yrðu lög eða reglur um virkt líknardráp. Snorri Páll lýkur hugleiðingunni á þessum orðum: »Traust sjúklings á lækninum myndi veikjast, siðgæði lækna myndi hraka. Almennri mannúð í þjóðfélaginu yrði hætta búin vegna hugsanlegs misferlis og misnotkunar læknisaðgerða undir yfirsikni líknardauða« (7).

Augljóst er, að líknardráp af yfirlögðu ráði og það að flýta fyrir dauða, eins og að framan er lýst, stríðir gegn þeirri hugsjón að virða mannhelgi og er því ósamrýmanlegt hegðun læknis. Slíkt athæfi er ólöglegt og á að vera það og jafnvel þó að leyft yrði, myndi það í engu breyta afstöðu lækna til þessa máls: Fordæmingu á slíkum verknaði (7). Í nýlegum

hollenzkum dómi hafa menn reynt að komast fram hjá þessu, með því að kveða á um það, að lækni verði ekki lögsóttur þótt valdur verði að dauða sjúklings.

Á læknisfræðina ber í þessu samhengi hvorki að líta sem list né vísindi, heldur sem sérstakt samband tveggja einstaklinga, læknis og sjúklings. Læknir getur ekki lofað lækningu í öllum tilvikum, en í samningi sjúklings og læknis hans þarf að gera ráð fyrir stöðugri meðferð og umhyggju.

En hversu lengi á að halda meðferð áfram?

Hvenær á einstaklingur ekki afturkvæmt til lífs?

Til þess að geta með vissu skorið úr um það, hvort einstaklingur væri lífs eða liðinn, þurftu lækna að koma sér saman um ákveðna skilgreiningu á dauðamörkunum og mun slík skilgreining í upphafi líklega til komin vegna ótta manna við kviksetningu. Þegar meðvitund var horfin og engin merki fundust lengur öndunar eða blóðrásar var *dauðastundin* runnin upp.

AÐ FRESTA DAUÐASTUNDINNI

Inn í þessa atburðarás er nú æ oftari gripið og öndun og hjarta stjórnad með tækjabúnaði. Vökva- og blóðgjafir verða stöðugt mikilvægari og er þeim nú óspart beitt.

Stundum hafa orðið verulegar skemmdir á líffærum, áður en lífgunartilraunir og meðferð hefst og skemmdirnar geta haldið áfram, þrátt fyrir beztu meðhöndlun. Vandamálið í slíkum tilvikum er að ákvarða hvenær einstaklingur á ekki afturkvæmt til lífs.

Slíkar ákvarðanir koma nú æ oftari til kasta lækna, einkum þeirra, sem við gjörgæzlu fást og eru þær oftast teknar af hópi lækna að vel athuguðu máli.

Hvenær ekki á að hefja meðferð er tíðum erfið ákvörðun fyrir lækna, enda stríðir slíkt gegn tveimur meginskyldum þeirra: Að viðhalda lífi og hjálpa þeim, sem eru í hættu.

Séu þær ástæður fyrir hendi, að þau úrræði, sem til greina koma, auki þjáningu og lengi að þarflausu dauðastríð, brýtur það í bága við hugsjón mannúðar og mannhelgi og lækni er þá heimilt og skylt að hefjast ekki handa.

Hippokrates segir meðal annars, er hann lýsir skoðun sinni á læknislistinni (8): »Markmið og tilgangur hennar er að lækna hina sjúku og draga úr þjáningum þeirra, sem þungt eru haldnir, en ef þyrmir svo yfir, að engin list fær við ráðið, þá hafast eigi að«.

Umræða um svonefndan Appleton Consensus fór fram á síðastliðnum vetri og var umræðan birt hér í blaðinu (9, 10) og vísast til þess. Í ljós kom, að þörf var á að rifja upp skilgreiningar á líknardauða og endurvekja umræðu um skilmerki dauða (11) og er það gert hér með.

LOKAORÐ

Euthanasia í fornum skilningi er sem fyrr verðugt verkefni og ber að rækja af alúð og umhyggju.

Allri meðferð fylgir nokkur áhætta og láti lækni hjá líða að hefja meðferð af ótta við auka- eða hliðarverkanir færast hann nærri hinu óbeina líknardrápi.

Sé meðhöndlun marklaus á ekki að byrja á henni, en hætta ef hafin er. Ástvinir hins sjúka eiga ávallt rétt á skýringu, en lækni tekur ákvörðun sína án áhrifa frá þeim og ávallt af mannúðarástæðum. Með slíkt að leiðarljósi getur læknastéttin tryggt sjúklingum, að þeir fái þá beztu meðferð sem ástand þeirra krefst.

HEIMILDIR

1. Læknablaðið 1987; 73: 262.
2. Læknablaðið 1987; 73: 270-1.
3. Læknablaðið 1987; 73: 269.
4. Codex ethicus. Síðareglur lækna. Samþykktar á aðalfundi Læknafélags Íslands 1978. Læknablaðið 1987; 73: 284-8.
5. Blomquist C. Medicinsk Etik. Stockholm: Natur och kultur 1971, s. 232.
6. Sama rit, s. 233.
7. Snorrason SP. Ritstjórnargrein: Ný þjóðfélagsviðhorf og síðareglur lækna. Læknablaðið 1974; 60: 134-5.
8. Steffensen V. Hippokrates. Faðir læknisfræðinnar. Reykjavík: Bókaútgáfan Norðri 1948.
9. Hringborðsumræður Læknablaðsins V. Appleton yfirlýsingin. Leiðbeiningar um það hvenær láta megi hjá líða að veita læknisfræðilega meðferð. Læknablaðið 1989; 75: 303-12.
10. The Appleton Concensus: International Guidelines for Decisions to forego Medical Treatment. Læknablaðið 1989; 75: 313-27.
11. Bjarnason Ö. Euthanasia frá sjónarhóli læknis. Úlfjótur 1977; 29: 177-81.

(Erindi flutt í Norræna húsinu 27. október 1989).